

様式 2-1

千葉県肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）の認定に係る診断書（新規）

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明 昭 令 大 平	
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
診断年月	年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名	医 師 名
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由： _____) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名： _____) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位： _____、測定法 _____) (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (1) HCV-RNA定量： _____ (単位： _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 [該当する方を○で囲む。] ア. セロタイプ (グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ. セロタイプ (グループ) 2、あるいはジェノタイプ2 3. 血液検査 (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (1) AST _____ IU/l (施設の基準値： _____ ~ _____) (2) ALT _____ IU/l (施設の基準値： _____ ~ _____) (3) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値： _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日) (所見 _____)			
診 断	該当する番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容	該当する番号を○で囲む 1. インターフェロン α 製剤単独 2. インターフェロン β 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン α 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他 (具体的に記載) [_____] 治療予定期間 _____ 週 (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日~令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)			
治療上の問題点				
医療機関名 所在地 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 医師氏名	記載年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日			

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。

2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6ヶ月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載して下さい。

3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意下さい。